

Nietrzymanie moczu u kobiet – czy zawsze leczenie operacyjne?

Female urinary incontinence – should we always perform surgery?

Tomasz Rechberger, Jacek Tomaszewski, Aneta Adamiak

Nietrzymanie moczu jest schorzeniem, którego podłoże etiopatogenetyczne może być niezwykle różnorodne. Dlatego też nie ma jednego skutecznego postępowania terapeutycznego, a ewentualne leczenie zabiegowe powinno być zawsze poprzedzone próbą leczenia zachowawczego, zdecydowanie mniej agresywnego i bezpieczniejszego dla pacjentki.

Słowa kluczowe: nietrzymanie moczu, diagnostyka, leczenie zachowawcze

(Przegląd Menopauzalny 2005; 6: 45–49)

Zgodnie z obowiązującą terminologią ICS (*International Continence Society*) jako nietrzymanie moczu (NM) definiuje się każdy niekontrolowany wyciek moczu, przy czym nie ma znaczenia fakt, czy objaw ten powoduje dalsze konsekwencje o charakterze higienicznym, socjalno-społecznym czy zdrowotnym [1].

Niezależnie od stopnia nasilenia dolegliwości związanych z NM schorzenie to jest zawsze negatywnie odbierane przez pacjentów dotkniętych tym problemem i w ich odczuciu istotnie wpływa na pogorszenie percepcji jakości życia [2].

Dane dotyczące częstości występowania NM różnią się w zależności od sposobu przeprowadzania badań populacyjnych oraz przyjętych kryteriów kwalifikacyjnych. Odsetek pacjentów cierpiących na to schorzenie waha się w granicach 10–40%. Pozwala to jednoznacznie uznać NM za chorobę społeczną, ponieważ niezależnie od różnic etnicznych i kulturowych, dotyka ona ponad 5% ogółu populacji.

W badaniu EPINCOT aż 25% respondentek zgłaszało dolegliwości związane z NM. Najczęstszym typem klinicznym NM była postać wysiłkowa (50% badanych), następnie mieszana (36% chorych) oraz forma nagląca, dotycząca 11% ankietowanych. Odnotowano trend wzrostowy, dotyczący częstości występowania NM w zależności od wieku badanych kobiet [3].

Minnasian i wsp. [4] analizując dane epidemiologiczne pochodzące z 35 badań (USA – 10, Azja – 8, Europa – 13, Australia – 3, Afryka – 1), obejmujących populację 230 tys. kobiet i mężczyzn wykazali, że częstość występowania NM u kobiet była wyższa niż u mężczyzn i wynosiła odpowiednio 27,6 oraz 10,5%. Nietrzymanie moczu występowało najczęściej w 5. dekadzie życia (33% badanej populacji), a więc w okresie wczesnej menopauzy. Odsetek cierpiących na to schorzenie kobiet obniża się pomiędzy 55. a 64. rokiem i ponownie wzrasta do wartości 34% w 8. dekadzie życia. Dominującym typem NM była jego postać wysiłkowa (50%), następnie mieszana (32%) i wreszcie postać nagląca (14%).

W zależności od objawów klinicznych oraz okoliczności, w których występuje nietrzymanie moczu wyróżnia się następujące postacie schorzenia:

1. NM związane z aktywnością fizyczną,
2. NM z parciem naglącym i częstomoczem,
3. NM o charakterze mieszanym,
4. NM z wywiadem złożonym,
 - NM z przepełnienia (choroby współistniejące, np. stwardnienie rozsiane),
 - NM związane z obecnością przetoki,
 - NM związane z obecnością uchyłka cewki moczowej,
 - NM związane z obecnością wrodzonych zaburzeń rozwojowych.

II Katedra i Klinika Ginekologii Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie; kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. med. Tomasz Rechberger



Zawsze należy pamiętać o przejściowych przyczynach NM, określanych akronimem DIAP(P)ERS, gdzie:
 D – oznacza stany zaburzonej świadomości (ang. *delirium*),
 I – infekcję układu moczowego (ang. *urinary tract infection*),
 A – atroficzne zapalenie pochwy (ang. *atrophic vaginitis*),
 P – efekty uboczne przyjmowanych leków (ang. *pharmaceuticals*),
 (P) – czynniki psychologiczne (ang. *psychological*),
 E – nadmierną diurezę (ang. *excessive urine output*),
 R – ograniczoną mobilność (ang. *restricted mobility*),
 S – zaparcie (ang. *stool impaction*),

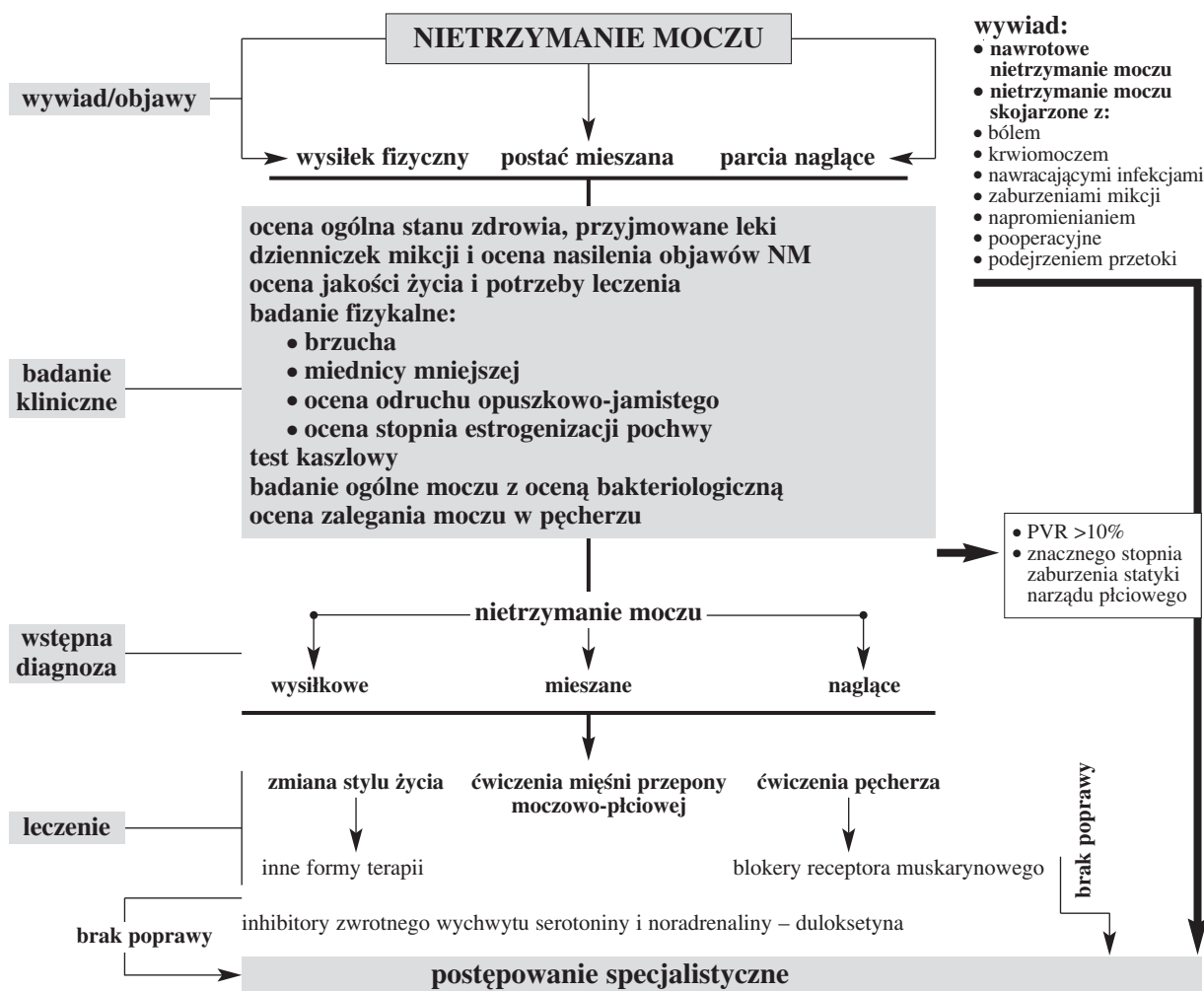
ze względu na fakt, że wyeliminowanie jednego lub kilku czynników powodujących NM może zupełnie zlikwidować ten problem zdrowotny.

Nietrzymanie moczu jest schorzeniem, u którego podstawy może leżeć wiele przyczyn etiologicznych.

Właściwie przeprowadzona diagnostyka pozwala na dobór optymalnego, najbardziej odpowiedniego dla danego typu klinicznego postępowania leczniczego.

W roku 1998 w Monaco opracowano wytyczne, dotyczące zasad postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku nietrzymania moczu o różnym podłożu etiopatogenetycznym. Należy zwrócić uwagę na fakt, że aktualnie nie zaleca się obligatoryjnego wykonania badania urodynamicznego na etapie wstępnego postępowania diagnostycznego, nawet w sytuacji, gdy kwalifikujemy pacjentkę do leczenia (ryc. 1.). Badanie takie należy bezwzględnie wykonać w sytuacji, kiedy planowany jest zabieg operacyjny, korygujący defekt anatomiczny odpowiadający za NM [5].

Z rekomendowanych przez ICS algorytmów jednoznacznie wynika, że na etapie postępowania wstępnego należy zawsze rozważyć zachowawcze metody leczenia NM. Wyjątkiem są sytuacje kliniczne związane ze znacznym zaburzeniem statyki narządu rodowego



Ryc. 1. Postępowanie wstępne w przypadku nietrzymania moczu u kobiet



(III i IV stopień kliniczny w skali POP-Q) oraz znacznym zaleganiem moczu po mikcji (>10% maksymalnej pojemności pęcherza). Do procedur zabiegowych kieruje się pacjentki z potwierdzonym urodynamicznie wysiłkowym NM, zwłaszcza przy braku poprawy po leczeniu zachowawczym oraz chore z NM mieszanym, u których przeważa komponenta wysiłkowa.

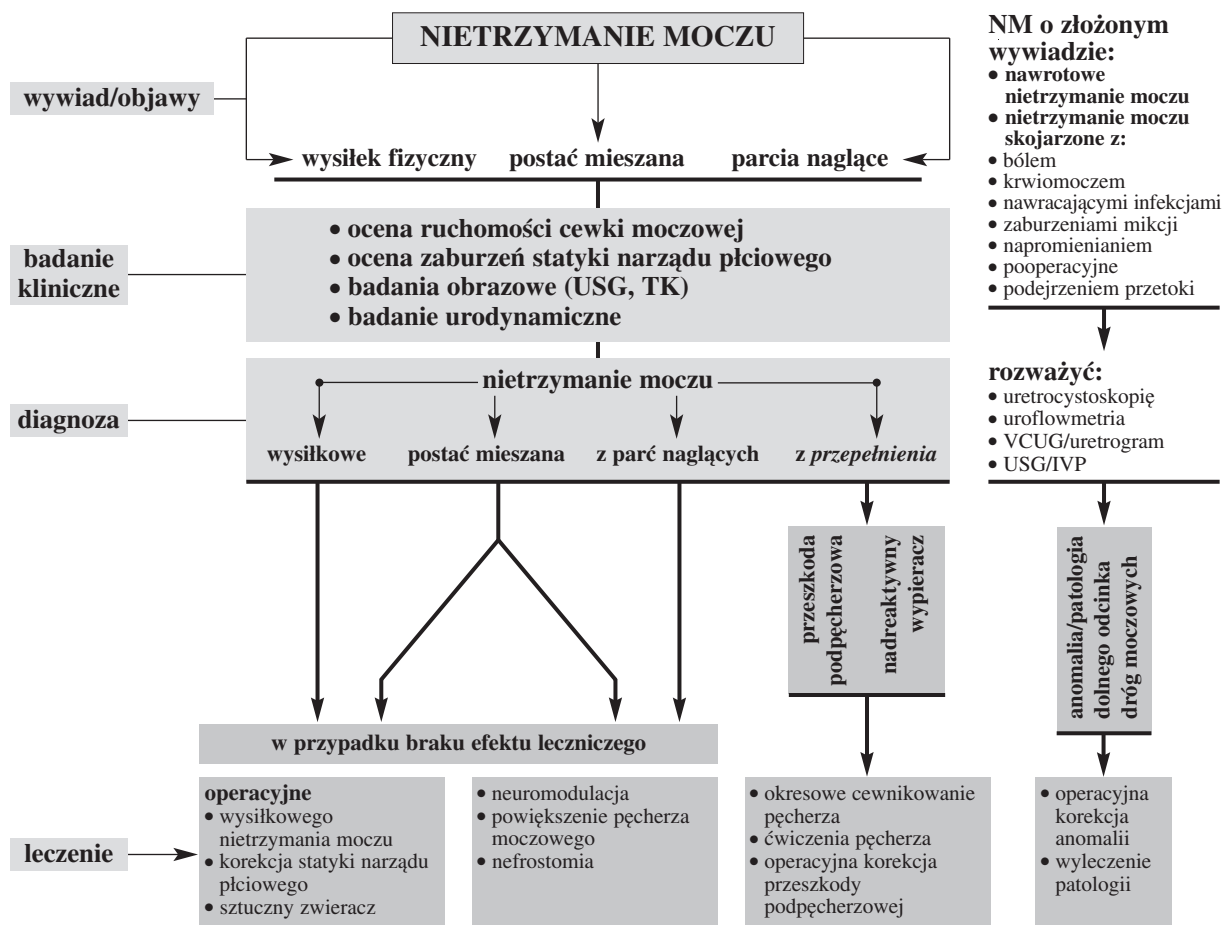
Leczenie NM u kobiet rozpoczyna się zgodnie z zasadą, że należy zawsze próbować metod najmniej inwazyjnych i jak najbardziej bezpiecznych. U pacjentek bez złożonego wywiadu NM i z prawidłową statyką narządu płciowego, zalecanymi formami leczenia wstępnego są metody nefarmakologiczne:

- stymulacja mięśni dna miednicy (ćwiczenia z użyciem perineometru Kegela),
- zastosowanie kulek i stożków dopochwowych o zmiennej wielkości i ciężarze,
- zastosowanie elektrostymulacji zewnętrznej lub zmiennego pola magnetycznego,
- terapię behawioralną (trening pęcherza moczowego),
- zmianę stylu życia poprzez, np. eliminację używek, ograniczenie podaży płynów etc.

Szczegółowe omówienie ww. sposobów postępowania, jak również ich efektywności klinicznej znajdzie czytelnik w innych opracowaniach [6].

Na tym etapie leczenia niezbędna jest również ocena stopnia estrogenizacji pochwy (cytologiczne wykładniki atrofii oraz ocena odczynu pH). Po potwierdzeniu atrofii i/lub związanych z nią dolegliwości zaleca się rozpoczęcie miejscowej terapii estrogenowej.

Nową formą zachowawczej terapii wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet jest duloksetyna – inhibitor zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny. W randomizowanych, kontrolowanych *placebo* badaniach klinicznych wykazano, że częstość epizodów nietrzymania moczu NM w grupie przyjmującej duloksetynę zmniejszyła się istotnie w porównaniu do chorych otrzymujących *placebo*. U połowy pacjentek leczonych duloksetyną odnotowano zmniejszenie liczby epizodów NM o 50–58% w stosunku do wartości wyjściowych. Ponadto zaobserwowano korzystny trend dotyczący wydłużenia odstępów pomiędzy mikcjami. Odnotowano znaczącą poprawę dotyczącą jakości życia u chorych leczonych duloksetyną w porównaniu do



Ryc. 2. Postępowanie specjalistyczne w przypadku nietrzymania moczu u kobiet



kobiet przyjmujących placebo, mierzoną kwestionariuszami: *Incontinence Quality of Life (I-QOL)* oraz *Patient Global Impression of Improvement (PGI-I)*. Co ciekawe, mimo że tylko u stosunkowo niewielkiego odsetka pacjentek objawy wysiłkowego NM ustąpiły całkowicie, również inne chore zgłaszały poprawę i wysoki poziom satysfakcji z leczenia [7, 8].

U pacjentek z NM na tle parć naglących zaleca się rozpoczęcie terapii lekami antymuskarynowymi, działającymi na receptory M2 i/lub M3 zlokalizowane w mięśniówce wypieracza pęcherza moczowego, już na etapie postępowania wstępnego. Warunkiem rozpoczęcia terapii jest wykluczenie infekcji oraz zmian organicznych w obrębie dróg moczowych (guzy miednicy mniejszej modelujące pęcherz moczowy, guzy i kamica pęcherza moczowego) [9].

Należy podkreślić, że NM w przebiegu zespołu pęcherza nadreaktywnego wymaga z reguły leczenia o charakterze skojarzonym i kompleksowym. Wspomniane powyżej ćwiczenia dna miednicy sprzyjają relaksacji mięśnia wypieracza pęcherza moczowego i powinny być zawsze wdrożone, zwłaszcza w przypadkach opornych na standardowe leczenie farmakologiczne [10, 11]. W przypadku NM na tle parć naglących i braku poprawy po leczeniu farmakologicznym można rozważyć bardziej agresywne formy leczenia, takie jak neurostymulacja, blokada nerwów krzyżowych, powiększenie pęcherza, czy też nadpęcherzowe odprowadzenie moczu. Należy jednak podkreślić, że takie metody przeznaczone są jedynie dla pacjentek z ciężką dysfunkcją neurogenną pęcherza lub śródmięśniowym zapaleniem pęcherza.

Szczególnie trudne decyzje kliniczne odnośnie sposobu prowadzenia efektywnej terapii NM dotyczą kobiet z jego mieszaną postacią. W tym przypadku wyselekcjonowanie pacjentek, u których zastosowanie jedynie terapii zachowawczej może przynieść spodziewane

efekty od tych, u których jedynie postępowanie zabiegowe może poprawić istotnie stan pacjentki, ma ogromne znaczenie. Odruchowy skurcz wypieracza prowokowany drażnieniem przez mocz afferentnych zakończeń czuciowych zlokalizowanych w cewce, ma raczej charakter skurczów fazowych o niskiej amplitudzie. Natomiast prawdziwa nadreaktywność wypieracza to liczne wysokoamplitudowe skurcze fazowe oraz skurcze terminalne, często prowadzące do obfitego wycieku moczu. Oczywiście, w pierwszym przypadku postępowaniem z wyboru jest leczenie operacyjne. U pacjentek drugiej grupy jedynie leczenie zachowawcze ma szansę istotnie poprawić ich stan kliniczny.

Udokumentowane zakażenia układu moczowego należy bezwzględnie wyleczyć przed rozpoczęciem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. W przypadku nawracających zakażeń układu moczowego u kobiet po menopauzie, zalecanym postępowaniem uzupełniającym jest miejscowa estrogenoterapia. Postępowanie specjalistyczne zalecane jest z wyboru u pacjentek z klinicznie istotnymi zaburzeniami statyki narządu płciowego oraz w sytuacjach, gdy PVR przekracza 10% pojemności cystometrycznej pęcherza (w praktyce >100 ml) (ryc. 2.). W przypadku, gdy istnieją przeciwwskazania do leczenia zabiegowego lub pacjentka nie wyraża na nie zgody, można rozważyć postępowanie protetyczne – zakładanie pessariów korygujących zaburzenia statyki.

Podsumowanie

Nietrzymanie moczu jest jedynie objawem, którego podłoże etiopatogenetyczne może być niezwykle różnorodne. Dlatego też nie ma jednego skutecznego postępowania terapeutycznego, a ewentualne leczenie zabiegowe powinno być zawsze poprzedzone próbą leczenia zachowawczego, zdecydowanie mniej agresywnego i bezpieczniejszego dla pacjentki.

Summary

There are a lot of factors engaged in the etiopathogenesis of urinary incontinence. The algorithm of diagnosis and treatment of female urinary incontinence is very complicated. The sufficient therapeutic options is dependent on proper diagnosis. The surgery procedures as more invasive to patients always should be preceded by trial of conservative therapy.

Key words: *urinary incontinence, diagnostic, conservative treatment*

Piśmiennictwo

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. *The standarization of terminology of lower urinary tract function: report from the standarization sub-committee of the International Continence Society.* Neurourol Urodyn 2002; 81: 1243-5.
2. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. *A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women.* Br J Obstet Gynecol 1997; 104: 1374-9.
3. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. *A community based epidemiologica survey of female urinary incontinence. The Norway EPINCOT study.* J Clin Epidemiol 2000; 53: 1150-7.



4. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. *Urinary incontinence as worldwide problem*. Int J Gynecol Obstet 2003; 82: 327-38.
5. Thuroff JW. *Clinical guidelines for the management of incontinence*. In: *Incontinence*. Red. Paul Abrams, Saad Houry, Alen Wein. 1st International Consultation on Incontinence. Monaco 1998: 931-69.
6. Józwick M, Adamkiewicz M, Józwick M, Pietrzycki B. *Zachowawcze metody leczenia nietrzymania moczu u kobiet*. W: *Nietrzymanie moczu u kobiet*. Red. Tomasz Rechberger, Jerzy Jakowicki. BIFOLIUM, Lublin 2005; 189-94.
7. Moore K. *Duloxetine: a new approach for treating stress urinary incontinence*. Int J Gynaecol Obstet 2004; 86 (Suppl 1): S53-62.
8. Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, Bump RC. *Duloxetine versus placebo in the treatment of stress urinary incontinence*. Am J Obstet Gynecol 2002; 187: 40-8.
9. Resnick NM. *Urinary incontinence*. Lancet 1995; 6: 94-9.
10. Shafik A, El-Sibai O. *Effect of pelvic floor muscle contraction on vesical and rectal function with identification of puborectalis-rectovesical inhibitory reflex and levator-rectovesical excitatory reflex*. World J Urol 2001; 19: 278-84.
11. Shafik A, Shafik IA. *Overactive bladder inhibition in response to pelvic floor muscle exercises*. World J Urol 2003; 20: 374-7.

Adres do korespondencji

prof. dr hab. med. **Tomasz Rechberger**
II Katedra i Klinika Ginekologii
Akademii Medycznej
im. prof. F. Skubiszewskiego
20-954 Lublin
ul. Jaczewskiego 8
tel. + 48 81 724 42 68
e-mail: rechbergt@yahoo.com

